

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

578

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Moïse ROIZENTULER

*né le 4 octobre 1909
à Edinita (Roumanie)*

**Forme acroparesthésique
de la Syringomiélie**

Président : M. GUILLAIN, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Moïse ROIZENTULER

né le 4 octobre 1909

à Edinita (Roumanie)

**Forme acroparesthésique
de la Syringomiélie**

Président : M. GUILLAIN, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade

Le Doyen TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHOL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLEC.
	Marcel LABRÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMAND.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 M^{lle} LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX . . . Pathologie chirurgicale
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELÈVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BISQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . . Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

IV.—Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V.—Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*faible témoignage de mon affection profonde et
de ma reconnaissance infinie.*

A MES SOEURS, A MES FRERES,

AUX MIENS, A MES AMIS.

A M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

Professeur de clinique des maladies du système nerveux
à la Faculté de Médecine de Paris,
membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Témoignage de reconnaissance respectueuse.

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur agrégé Jean LHERMITTE,
Médecin-chef de l'Hôpital Paul-Brousse
Directeur du Laboratoire Déjerine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*que nous remercions d'un double honneur : celui
d'avoir été accueilli dans son service, celui de nous
avoir inspiré cette thèse tout en nous aidant de ses
précieux conseils au cours de son élaboration.*

*Nous lui exprimons ici, avec notre respectueuse
admiration, notre profonde gratitude.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur COUVELAIRE

M. le Professeur GOUGEROT

M. le Professeur MARCEL LABBE

M. le Professeur LEMIERRE

M. le Docteur BLOCH

M. le Docteur HALBRON

A M. LE DOCTEUR JACQUES DE MASSARY

Médecin de l'Hôpital Paul-Brousse

qui a été pour nous un maître affectueux et particulièrement bienveillant.

A. M. LE DOCTEUR MOUZON

Médecin de l'Hospice Paul-Brousse

qui nous a enseigné le bon sens clinique et dont nous avons pu admirer le dévouement et la science du médecin.

Qu'il trouve ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR DARIAU

dont il nous sera impossible d'oublier le lumineux enseignement et la bonté si affable.

En témoignage de notre profond dévouement.

A NOS MAÎTRES DE L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

M. LE DOCTEUR METENIER

Médecin de l'Hospice Paul-Brousse

M. LE DOCTEUR NEMOURS-AUGUSTE

Chef du Service de Radiologie
de l'Hospice Paul-Brousse

M. LE DOCTEUR E. PEYRE,

Chef de Laboratoire à l'Hospice Paul-Brousse

A MES COLLEGUES ET AMIS

de l'Hospice Paul-Brousse et de l'Institut du Cancer.

INTRODUCTION

Nous avons pu observer dans le service de notre maître Jean LHERMITTE, deux cas de syringomyélie dont le début fut exactement marqué par la survenance de crises d'acroparesthésie. En raison de leur intérêt clinique et pathogénique, ces deux faits furent communiqués par LHERMITTE et NEMOURS Auguste, à la Société de Neurologie de Paris. Les faits de ce genre sont assurément exceptionnels. La précession des perturbations de la sensibilité subjective sur les autres manifestations de la maladie mérite donc, à notre sens, une description détaillée, car la méconnaissance de cette notion, expose à des erreurs de diagnostic en faisant confondre un processus névritique ou une acroparesthésie avec la syringomyélie.

Nous diviserons notre travail en quatre chapitres :

Dans un premier chapitre, nous décrirons sommairement le syndrome acroparesthésique.

Dans un deuxième chapitre, les troubles de la sensibilité subjective dans la syringomyélie.

Dans un troisième chapitre, nous ferons l'étude clinique d'une forme acroparesthésique de la syringomyélie.

Puis viendra la conclusion.

CHAPITRE PREMIER

Acroparesthésie

On désigne sous le nom d'acroparesthésie, un syndrome sensitif des extrémités caractérisé moins par de véritables douleurs que par des sensations anormales et mal définissables où dominent l'engourdissement et les fourmillements. Souvent modéré, ce trouble peut devenir assez important pour constituer une gêne intolérable; il mérite donc d'être connu.

Si l'on ne tient pas compte de quelques observations anciennes isolées, le syndrome acroparesthésique a été décrit pour la première fois, par Nothnagel, en 1867. Il faut citer ensuite le mémoire de Putnam, en 1880, et le travail de Schultze, qui, en 1890, propose pour l'affection, le nom sous lequel nous la désignons actuellement. Plus près de nous, la monographie de Cassirer sur les névroses vaso-motrices et trophiques renferme sur la question, un chapitre extrêmement complet. En France, mis à part le travail de Gallois et la thèse de Morin (Bordeaux, 1909), l'acroparesthésie n'a guère donné lieu à des publications d'ensemble et les traités ne lui consacrent que de très brefs chapitres.

C'est pourquoi nous nous permettons de faire une description sommaire du syndrome.

Description générale de ce syndrome.

Ordinairement, le médecin voit se présenter à lui une femme d'un âge variant entre trente et cinquante ans, exerçant une profession manuelle, Elle se plaint de souffrir depuis cinq ou six mois, quelquefois depuis trois ou quatre ans, de sensations bizarres, survenant par crises, pendant la nuit, rarement pendant la journée. Les crises variables en nombre, — quelquefois une seule, d'autres fois trois ou quatre — durent de dix minutes ou un quart d'heure à une heure ou deux. Elles peuvent même durer toute la nuit, mais ce cas est rare.

Habituellement, elles apparaissent brusquement une heure ou deux avant le réveil de la malade ou bien une heure ou deux après le coucher.

Les crises apparaissent surtout pendant l'hiver, lorsque la malade a touché à l'eau froide dans la journée ou encore quand elle s'est beaucoup fatiguée, à coudre par exemple.

La crise peut être aggravée par le contact d'un objet froid; au contraire, la sensation de froid peut quelquefois, comme celle de la chaleur, faire disparaître ou du moins atténuer les phénomènes. Si les douleurs sont faibles, une simple petite friction des mains, l'une contre l'autre, peut le faire disparaître.

Les sensations qui constituent la crise siègent pres-

que toujours aux doigts, aux mains ou aux avant-bras, d'un seul côté ou des deux, rarement aux pieds, exceptionnellement à la figure.

Ces sensations bizarres consistent en fourmillements, picotements, engourdissements, brûlures et cuissons, auxquels s'ajoutent quelquefois des sensations de broiement, des douleurs lancinantes et des crampes. Les troubles objectifs sont très rares : ce sont les hypoesthésies, plus rarement des anesthésies siégeant dans les doigts et les mains, se superposant aux phénomènes subjectifs. Sont à signaler également, les phénomènes vaso-moteurs, ce sont de petites modifications dans l'aspect des mains, dans leur coloration, dans leur température. A cela s'ajoutent très souvent des troubles moteurs légers, la malade pouvant à peine tenir les objets qu'elle a saisis ou serrer le poing.

Entre les crises, les phénomènes permanents sont très rares : ce sont alors de légers fourmillements.

Au point de vue objectif, persistent de légères hypoesthésies, à topographie tantôt radiculaire, tantôt segmentaire, avec un peu de pâleur ou de cyanose de téguments. Moins rares sont les engourdissements, les gênes persistantes.

La durée de cette affection est très variable.

Avant de parler des troubles subjectifs, je résumerai d'abord quelques observations cliniques.

OBSERVATION N° 1 (Extraite de la Thèse de Morin) :

Mme M..., 29 ans, ménagère, cousant beaucoup dans la journée, vient consulter pour sensations bizarres dans les mains.

C'est une femme très bien portante, sans antécédents héréditaires ni personnels importants, très nerveuse cependant, mais sans crises.

Depuis un an environ, la malade se plaint de ressentir des sensations particulières. Elle se lève à cinq heures, et dix minutes après environ commencent les douleurs. C'est d'abord une simple sensation d'engourdissement à l'extrémité de l'index gauche. A cette sensation d'engourdissement viennent s'ajouter au bout de quelques minutes, des fourmillements, des picotements, des sensations d'inertie complète de ce doigt. Au bout de dix minutes ou un quart d'heure tous ces phénomènes se font ressentir jusqu'à la base de l'index, ayant remonté peu à peu. Alors tous les autres doigts, sauf l'auriculaire, se prennent simultanément dans leur totalité, mais les phénomènes y sont moins violents et le tiers inférieur de l'avant-bras se prend.

Pendant tout ce temps, la malade a la sensation d'une main inerte, glacée, toutes les sensations sont émoussées : la malade s'est pincée, mordue maintes fois, sans pouvoir analyser nettement ce qu'elle ressentait.

« C'est comme quand on a dormi sur son bras placé en mauvaise position », nous dit-elle. Elle peut tenir un verre, et s'il est plein d'eau elle ne le renverse pas, mais elle n'est « pas sûre » d'elle, elle ne sait pas si elle le serre fort ou légèrement, elle pourrait le lâcher sans s'en apercevoir. La sensation de différence du chaud et du froid est aussi émoussée, elle doit « chercher », dit-elle, avant de répondre. Elle ne peut accomplir aucun acte délicat, elle ne ramasserait pas une aiguille sur une table. La force est aussi diminuée, elle ne pourrait pas, lors de sa crise, couper un morceau de pain, ni casser un morceau de bois pour faire du feu. Pas

de différences de coloration dans la main. La malade a la sensation d'enflure, mais il n'y a pas de gonflement. Jamais de battements, de pulsations dans les mains.

La température des mains est normale, malgré la sensation de brûlure interne.

Comme moyen de défense, frictions énergiques des mains, l'une contre l'autre « comme pour les réchauffer », nous dit-elle. Les sensations de fourmillements et de picotements disparaissent alors, mais l'engourdissement subsiste pendant une heure ou deux, en s'atténuant peu à peu.

Tous les réflexes sont normaux. Aucun trouble de sensibilité. Rien d'anormal dans les urines.

OBSERVATION N° 2 (publiée par Etienne May) :

Mme Coul... En octobre 1927, à l'âge de 49 ans, subit une ovariectomie unilatérale. Elle présente alors des algies rhumatismales dans les membres inférieurs qui cèdent à l'opothérapie ovarienne et à la médication phosphorée. La ménopause survient en février 1930. A ce moment apparaissent dans la main et le bras gauche des fourmillements qui vont peu à peu en s'accroissant, gagnent la main droite, et s'accompagnent de brûlures et de sensations si pénibles qu'elles amènent la malade à consulter. Le jour les choses sont supportables; les mains sont seulement un peu engourdis, malhabiles, avec quelques fourmillements. Les crises éclatent la nuit : à peine la malade est-elle couchée que les fourmillements redoublent d'intensité; puis surviennent des picotements, des élancements, des brûlures, des sensations mal définissables, mais réellement intolérables, qui arrachent des gémissements et des larmes. La malade ne peut rester au lit : elle se lève, se promène dans sa chambre, va tremper ses mains dans l'eau froide, puis, quand les symptômes se sont calmés, tente de se recoucher. Mais les crises reprennent alors; après quelques instants de lutte, il faut de nouveau se lever, demander à l'eau fraîche un peu de

soulagement; et, durant toute la nuit, le cycle impitoyable se reproduit. Depuis deux mois, la malade n'a pas eu une nuit de vrai repos. Elle est devenue extrêmement nerveuse. Elle se plaint en outre de crampes brusques qui lui fléchissent les deux pouces et l'annulaire droit, sans que, pendant quelques instants, elle puisse les redresser. Enfin, depuis son opération, elle présente des bouffées de chaleur et a engraisé de 4 à 5 kg. malgré qu'elle surveille son régime.

L'examen objectif ne montre à peu près rien. Les mains sont d'une coloration normale, un peu gonflées, avec des veines superficielles dilatées; au cours des paroxysmes, elles deviendraient rouges et brûlantes. Les deux pouces sont raides et la malade ne peut en fléchir spontanément la phalangine sur la phalange.

Il n'existe aucun symptôme endocrinien notable. Le système pileux est normal, le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume. Le pouls est régulier à 75, la tension artérielle à 12-18; il n'y a pas de tremblements. Les antécédents personnels et héréditaires sont négatifs.

Ces observations montrent bien ce que sont en clinique les acroparesthésies. Le trouble sensitif est à base d'engourdissement et de fourmillement et, à lui seul, quand il dure, il devient extrêmement pénible pour le patient. Mais dans les formes accentuées, il s'y ajoute des brûlures et des élancements qui, moins par leur intensité que par leur caractère spécial, peuvent devenir parfaitement insupportables. Les malades, même courageuses, pleurent, gémissent et supplient qu'on les délivre de leur tourment. Les acroparesthésies ne constituent donc pas toujours une affection anodine et elles posent parfois au médecin-praticien un difficile problème.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SUBJECTIVE.

a) *Localisation des troubles.* — La malade se plaint d'abord des douleurs de l'extrémité terminale des doigts au niveau de la pulpe. D'habitude ces phénomènes débutent par un seul doigt. De la pulpe, les sensations paresthésiques gagnent assez lentement la racine. Arrivée là, il y a un léger temps d'arrêt. Puis brusquement, tous les autres doigts se prennent de la racine à la pulpe. Les sensations peuvent se localiser ainsi dans les doigts, sans jamais les dépasser. Quelquefois, certains d'entre eux restent indemnes : ce sont ordinairement, le pouce et l'index. Si les phénomènes paresthésiques ne se localisent pas ainsi, ils gagnent, après un léger temps d'arrêt, l'éminence hypothénar, puis l'éminence thénar et enfin la paume.

Au poignet, nouvel arrêt assez court et l'avant-bras se prend d'abord dans son bord cubital puis insensiblement dans son bord radial et au centre et ainsi jusqu'au coude.

Dans la majorité des cas, les sensations ne dépassent pas cette région. C'est ce qui a fait dire que l'acroparesthésie vraie était une affection de membres supérieurs.

Lorsque les sensations acroparesthésiques occupent le bras, elles ne sont nettement ressenties par la malade que dans les doigts et la main. Là seulement, il peut les analyser. Dans le reste du membre, il n'accuse

que de douleurs vagues. Il ne peut davantage préciser leur localisation en surface et en profondeur. Ces sensations siègent-elles dans la peau ou les organes sous-jacents? Il est difficile de donner une réponse catégorique.

La crise d'acroparesthésie se termine lentement; les sensations diminuent progressivement d'intensité et finissent par disparaître. Cette atténuation progressive se fait tantôt sur tous les points atteints à la fois; tantôt au contraire, les phénomènes regressent en suivant une marche inverse de celle de ceux de leur apparition, c'est-à-dire que les acroparesthésies ont déjà disparu aux bras et à l'avant-bras, alors que la main et les doigts sont encore douloureux.

b) *Caractère des troubles.* Les troubles de la sensibilité subjective sont la caractéristique indispensable de la crise d'acroparesthésie. — Ils sont nombreux et variés. Les malades en font une description claire, toujours la même, insistant sur chacun des caractères de ces troubles. Ce sont des fourmillements, des picotements, des brûlures et des cuissons, des sensations de broiement, des douleurs lancinantes, des crampes.

1° *Fourmillements.* — Ce sont des sensations bizarres, analogues à celles qui se produisent lors de la compression d'un nerf, ou à celles qui apparaissent lorsque l'on réchauffe brusquement une main préalablement refroidie. Les malades comparent ces sensations à des centaines de fourmis qui courent sur la peau,

piquant et chatouillant; « ce sont des fourmis qui grouillent », dit un de nos malades.

2° *Picotements*. — Ce sont « des piqûres d'aiguilles très fines, enfoncées rapidement dans les chairs ». Un autre malade les a comparés aux petits élancements ressentis dans le petit doigt « quand on s'est cogné le coude ».

3° *Engourdissements*. — Pour certains auteurs, ce serait le phénomène le plus important de la crise acroparesthésique. C'est en tout cas un des plus pénibles. En effet, les malades ne se rendent compte d'acun des mouvements qu'ils exécutent. Quelquefois même les mouvements des doigts sont impossibles : « Mes doigts sont raides; c'est comme si j'avais une main morte », disent les malades. Cette sensation d'engourdissement est comparable à l'intensité près à celle que l'on ressent lorsque l'on a touché de la neige ou plongé les mains pendant quelque temps dans de l'eau très froide. C'est la sensation d'onglée généralisée à tous les doigts de la main et même au bras.

4° *Brûlures et cuisson*. — Ce sont encore ici des sensations comparables à celle de l'onglée. « Je crois que c'est de l'eau bouillante qui court dans mes veines, et pourtant ma main est froide ». Cette sensation de cuisson n'est peut-être pas aussi nette qu'on pourrait le croire, puisque certains malades ne la différencient

pas d'une sensation de grand froid : « Je ne sais si c'est du chaud ou du froid que je ressens ». Dans tous les cas, elle est très pénible, elle prend quelquefois le caractère pulsatile.

5° *Broiement*. — C'est un phénomène moins constant que les précédents, dans la crise acroparesthésique. Les malades le décrivent nettement : « C'est comme si j'avais la main et le bras pris dans un étau; c'est comme si mon bras était écrasé sous quelque chose de très lourd ».

6° *Douleurs lancinantes*. — Ces douleurs, plus rares dans les récits des malades, naissent généralement au coude et s'irradient dans l'avant-bras, la main et les doigts. « C'est comme un éclair qui passe et quelquefois je pousse un cri ».

7° *Crampes*. — C'est encore un phénomène bien rare. Il siège surtout aux jambes, aussi ne le rencontre-t-on que chez les malades qui se plaignent de troubles paresthésiques des quatre membres. « Cela me prend brusquement, et je sens comme si un chien me mordait les chairs ». La durée de ces sensations est de quelques minutes. Elles disparaissent brusquement, soit spontanément, soit sous l'effet d'une friction avec la main.

Ces sensations de crampes sont-elles accompagnées de contracture réelle des muscles? Nous n'avons pu le savoir, les malades ne s'en étant jamais rendu compte.

8° *Gonflement*. — Nous devons dire un mot d'une sensation très fréquemment ressentie par les malades, c'est la sensation de gonflement des doigts et de la main. Bien rares sont les cas où ce phénomène subjectif est accompagné de gonflement réel, c'est pourquoi nous le classons parmi les troubles de la sensibilité subjective : « Il semble que la peau de mes doigts est trop petite, qu'elle va éclater, mes doigts me font l'effet d'être gros comme des boudins », nous disent quelques malades et presque toutes ajoutent : « Et cependant ils ne sont pas plus gros qu'à l'ordinaire. Je retire très facilement mes bagues pendant la crise ».

Nous passons sous silence les troubles de la sensibilité objective, qui sont d'ailleurs peu marqués dans l'acroparesthésie, pour nous arrêter sur les troubles vaso-moteurs. Ces troubles sont connus depuis longtemps, puisque, dans le travail princeps de Nothnagel, l'existence au niveau des extrémités atteintes de phénomènes congestifs ou ischémiques est déjà expressément notée. A cette opinion s'oppose celle de Schulze qui considère une telle association comme rare. Si bien qu'en Allemagne, on a pris l'habitude de décrire deux classes d'acroparesthésies : le type Nothnagel où des troubles vaso-moteurs s'associent aux troubles sensitifs et le type Schultze, où les troubles sensitifs existent à l'état pur. Cassirer incline à penser qu'il s'agit là de deux syndromes véritablement différents, mais cette opinion dualiste ne nous

paraît pas démontrée. Il semble bien, en effet, qu'entre les deux types extrêmes on puisse observer de nombreuses formes de passage où les accidents vaso-moteurs sont si atténués qu'il faut les rechercher avec soin. De petits troubles vaso-moteurs avec une grosse prédominance des manifestations ischémiques sont constants dans l'acroparesthésie.

Cette question touche d'ailleurs à la pathogénie même du syndrome qui est encore discutée, car il est difficile de faire la part de ce qui revient au système nerveux sensitif et de ce qui revient au système nerveux vaso-moteur. Il est probable que le syndrome acroparesthésie ne forme pas un tout homogène, il peut être réalisé par une atteinte nerveuse sensitive et on sait qu'on l'observe parfois au cours des poly-névrites ou du tabès. Mais des troubles purement vaso-moteurs peuvent entraîner eux aussi des sensations du type acroparesthésique, témoin les phénomènes d'onglée et, d'une façon générale, les fourmillements et les douleurs que l'on voit apparaître lorsque la circulation reprend dans un membre trop longtemps exposé au froid.

Etienne May, qui a eu l'occasion d'étudier quelques cas d'acroparesthésies de la ménopause, croit que l'élément vasculaire y est nettement prédominant. D'après cet auteur, il paraît probable que les acroparesthésies font partie du grand syndrome vaso-moteur de la ménopause et dépendent de troubles congestifs, ou ischémiques au niveau du vasa nervorum. Elles sont

parentes également des divers troubles de cet ordre, si fréquents lors du retour d'âge, dont les bouffées de chaleur sont l'expression la plus habituelle et la plus bénigne, mais qui peuvent aboutir au syndrome de Raynaud ou à l'erythromélgie. Elles sont parentes également, du rhumatisme de la ménopause dans lequel le déséquilibre vaso-moteur joue, probablement un rôle important.

L'origine de ce syndrome vaso-moteur pose un problème qu'il n'est pas encore possible de résoudre. Il est certain qu'il existe à l'époque de la ménopause, une hyperexcitabilité remarquable de divers centres neuro-végétatifs, mais dont la nature exacte nous échappe. Faut-il incriminer un trouble fonctionnel de l'hypophyse dont on sait les attaches avec les divers centres nerveux du cerveau moyen? Faut-il penser à un trouble par défaut de la calcémie, hypothèse qui cadrerait avec l'opinion des auteurs qui, comme L. Cornil considèrent les acroparesthésies comme appartenant à la tétanie fruste? Il y a là bien des questions qui se posent, mais auxquelles on ne peut encore, faute de documents suffisants, donner une réponse précise.

Si l'on revient sur le terrain pratique, il faut retenir que les accidents acroparesthésiques se rencontrent fréquemment en clinique, qu'ils sont parfois extraordinairement pénibles et qu'il faut savoir, par suite, les reconnaître et les traiter.

ACROPARESTHÉSIES SYMPTOMATIQUES.

En pathologie, on signale dans beaucoup de maladies, la présence de troubles de la sensibilité subjective survenant dans les extrémités qui prennent quelquefois une forme paroxystique.

Nous allons résumer, brièvement, les troubles acroparesthésiques rencontrés dans diverses maladies.

Dans *l'angine de poitrine*, les fourmillements sont minimes et d'ailleurs peu constants quand ils existent; ils peuvent descendre du bras vers la main et les doigts ou remonter des doigts à l'épaule et au cœur, à la façon d'un aura. Mais ces fourmillements sont noyés dans le flot des autres symptômes de la crise d'angine, douleur précordiale, irradiation de la douleur de tous côtés, angoisse terrible.

Dans les *crampes professionnelles*, ces paresthésies des extrémités ont encore été signalées. Mais ici le phénomène moteur est si prédominant, le phénomène sensitif si secondaire, qu'il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de ces paresthésies. De même dans la *tétanie*, les contractures sont si importantes qu'aucune hésitation n'est permise.

On a encore signalé ces troubles paresthésiques des extrémités, dans le cas des *tumeurs cérébrales*. Mais à aucun moment ils ne peuvent attirer exclusivement l'attention, dépassés comme importance par les céphalées, les vomissements, les convulsions, les paralysies,

les divers troubles intellectuels, circulatoires, respiratoires, etc...

Mme Wolfensohn a publié trois observations où les troubles acroparesthésiques sont très nets et seraient dus, selon elle, au *paludisme*.

On a signalé également dans l'*onglée*, les troubles acroparesthésiques. Ici, en effet, sous l'influence d'un agent quelconque : eau froide, neige, glace, ou simplement air froid, on voit apparaître des fourmillements, des picotements, de l'engourdissement, une sorte de paralysie des doigts et quelquefois même des mains, avec sensation de brûlures et quelquefois même des douleurs lancinantes et des sensations de broiement. La sensibilité au contact et à la piqure peut être très diminuée et abolie complètement, tant que durent les phénomènes qui constituent la crise. Cette crise est trop intimement liée à l'action directe du froid pour qu'il soit nécessaire d'insister. Elle dure quelques secondes ou quelques minutes au plus. Elle disparaît par la friction ou la chaleur sans laisser la moindre trace de son passage.

Mal de Bright. — Les acroparesthésies à caractère précis peuvent encore faire partie des symptômes de début du mal de Bright et primer sur tous les autres symptômes, à ce point, que le malade n'accuse que ces troubles au médecin qu'il consulte. Dieulafoy, sous le nom de « doigt mort », fait, dans son *Traité de pathologie*, une description très nette de ce symptôme.

Les malades accusent des fourmillements, des douleurs, des crampes dans les doigts et parfois l'extrémité des doigts devient exsangue, pâle, insensible. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure et revient par accès. Ce symptôme atteint les doigts et rarement les orteils; il se localise tantôt à un doigt, tantôt à un autre, ou à plusieurs doigts; parfois il y a symétrie, rarement tous les doigts de la main sont atteints. La sensation du doigt mort avec ou sans fourmillements est un symptôme qui appartient à toutes les époques de la maladie de Bright, il a été noté comme symptôme initial, alors que les autres troubles étaient encore nuls ou peu accusés.

Le diagnostic de la maladie est facile; dans les antécédents on trouve toujours une maladie infectieuse ou une intoxication exogène ou endogène. Les crises paroxystiques surviennent surtout pendant le jour, rarement la nuit; elles durent très peu de temps, quelques secondes ou quelques minutes. Elles sont localisées à un doigt ou deux, rarement à tous les doigts de la main; la paresthésie ne gagne jamais les orteils; elles est parfois symétrique. Aux fourmillements et picotements s'ajoutent de véritables crampes très douloureuses, avec sensation de mort particulière. Signalons encore l'existence presque constante de crampes aux mollets qui réveillent le malade et le forcent à se lever, mais sans troubles anormaux du côté des pieds ni des orteils. Rien que ces carac-

tères suffisent pour mettre sur la voie du diagnostic; il n'est même pas besoin de rechercher les autres symptômes, pollakyurie, troubles auditifs, démangeaisons, épistaxis, cryesthésie.

Diabète. — Dans le diabète, on voit souvent signalés ces troubles acroparesthésiques. Mais presque toujours ils se montrent dans les membres inférieurs. Ils peuvent survenir en cette saison chez l'homme ou chez la femme; ils sont sans grande intensité, mais continus, résistants à tout traitement. Ils peuvent être localisés dans le domaine d'un nerf, le plus souvent le sciatique, et résultent de névrite périphérique. Ce sont des fourmillements, des picotements, accompagnés de sensation de crampes et d'élancements.

Acromégalie. — Les sensations acroparesthésiques sont les seuls signes de début de l'affection. Ils sont signalés par tous les auteurs et dans la thèse de State (La forme douloureuse de l'acromégalie), on en trouve maints exemples. Ce sont des fourmillements, des picotements, des engourdissements qui siègent dans les pieds et les mains, chez les sujets des deux sexes, vers le moment de la puberté. Ils apparaissent aussi bien en été qu'en hiver, par crises surtout diurnes d'une durée variable. Ils ne sont modifiés par aucun agent thérapeutique. Mais ces troubles subjectifs de la sensibilité passent bientôt au second plan, les phénomènes les plus saillants étant des troubles vasomoteurs internes (alternatives de pâleur et de cya-

nose, gonflement), puis des troubles trophiques des os : les pieds et les mains prennent des dimensions considérables qui ne permettent plus de douter sur la nature de l'affection.

Névrites. — Sans contredit, c'est dans les névrites que l'on rencontre les troubles acroparesthésiques les plus nets. Ils forment à eux seuls à peu près toute la symptomatologie de la maladie. Dans ce chapitre, nous n'envisagerons par particulièrement l'acroparesthésie dans chaque névrite : a frigore traumatique, infectieuse, névrites d'intoxication (alcool, anémie, mercure, oxyde de carbone, etc...). (Nous exceptons à dessein la névrite saturnine qui, le plus souvent, est complètement indolore), névrites dyscrasiques (cancer, nous avons étudié à part celle du diabète). Dans tous les cas, les troubles acroparesthésiques sont à peu près les mêmes.

Nous ne ferons que signaler les maladies où les manifestations acroparesthésiques se rencontrent, telles sont les hémiplésies, les ramollissements cérébraux, la sclérose en plaques, le mal de Pott, l'acrodynie et le tabès pour nous arrêter plus spécialement sur les manifestations acroparesthésiques dans la syringomyélie.

Voici une observation d'Abadie (résumée) :

Mme C..., 41 ans, couturière, vient consulter pour des fourmillements dans la main gauche. Rien dans les antécédents, sauf quelques troubles gastriques il y a cinq ans. Il y a un an, sans

raison aucune, apparurent des fourmillements dans l'éminence hypothénar de la main gauche. Pendant quelques mois ces sensations revinrent par crises d'un quart d'heure ou demi-heure chaque jour, à des moments indéterminés. Peu à peu les crises augmentèrent en nombre et en durée. Les symptômes sont devenus continuels depuis trois mois environ, avec exacerbation, dans l'après-midi, calme le matin, repos absolu pendant la nuit (sauf toutefois si le bras remue). Le froid augmente l'intensité de ces picotements. Peu à peu les fourmillements d'abord localisés à l'éminence hypothénar, ont remonté le long de la région postérieure de l'avant-bras jusqu'à l'épaule. Puis les doigts et le reste du bras furent atteints. Chaque matin, après le repos nocturne, les sensations débutent par le pouce et remontent jusqu'à l'épaule. A une sensation de fourmillements et de picotements s'ajoute la sensation de « peau raide », de gonflement, d'enflure. Pas de brûlures, ni de cuissons, pas de douleurs lancinantes. Toutes ces sensations sont continues durant la journée. Depuis quelques jours apparaissent de temps en temps des sensations de tiraillements sur la poitrine. Rien au bras droit, à la figure, ni aux membres inférieurs, si ce n'est à la jambe gauche, au-dessus de la cheville, la sensation d'un bracelet qui serre, de la hauteur d'une chaussette environ. Comme troubles objectifs au bras gauche on trouve la sensibilité au contact conservée normale, mais il y a hypoalgésie profonde à la piqure et thermo-anesthésie.

La malade présente deux cicatrices de brûlures, brûlures qu'elle s'est faites en prenant son fer à repasser, mais brûlures indolores qu'elle diagnostiquait, dit-elle, « par la fumée et par l'odeur ».

A cette dissociation de la sensibilité s'ajoutent des troubles trophiques très nets du côté des muscles des éminences thénar et hypothénar qui ont presque disparu ainsi que les muscles lombri-caux, interosseux et les fléchisseurs de l'avant-bras; les extenseurs sont moins atrophiés. Les nerfs ne sont pas douloureux à la pression. La malade a la force considérablement diminuée dans la main gauche, elle ne peut plus lever le bras pour se peigner,

« mon bras est lourd et raide », dit-elle. Pas de troubles des sphincters, rien à la vessie; légère constipation. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, les réflexes pupillaires un peu lents à la lumière. Rien à la colonne vertébrale.

A noter que dans cette observation, les phénomènes d'aeroparesthésie sont continus ne troublant jamais le repos des malades survenant en toute saison; ils consistent surtout en sensations de gonflement, de peau tendue. Les troubles de la sensibilité objective sont très importants; il y a une dissociation de la sensibilité très caractéristique. Les troubles trophiques (glossy-skin, escarres, atrophies musculaires) sont aussi au tout premier rang des symptômes. Le diagnostic de syringomyélie s'impose.

Nous ferons dans un chapitre spécial l'étude clinique détaillée sur les formes acroparesthésiques pures de la syringomyélie.

DIAGNOSTIC DES ACROPARESTHÉSIES.

Le diagnostic du syndrome est évident. Rien ne ressemble à ce mélange d'engourdissement, de fourmillements et parfois de brûlures. C'est un tableau clinique qu'on ne peut plus méconnaître quand on l'a une fois rencontré. Mais avant de conclure à une acroparesthésie, il faudra éliminer l'existence d'une lésion nerveuse organique comme les polynévrites, élimination que l'absence de tout symptôme objectif dans l'exploration du système rend aisée.

L'acroparesthésie vraie pourrait être confondue avec

des maladies très voisines, aussi il convient de dire un mot de ces diagnostics.

L'érythromélgie de Weir-Mittschell est celle des maladies qui au début offre le tableau clinique le plus voisin de l'acroparesthésie.

On y retrouve des fourmillements, des picotements, de l'engourdissement, un peu d'hypoesthésie pendant la crise avec perte des sensations tactiles. Mais bientôt le tableau change. En outre, des sensations paresthésiques dont nous venons de parler, on voit apparaître d'autres symptômes : ce sont des brûlures, des cuissons, beaucoup plus intenses que dans l'acroparesthésie vraie, puis les crises ne sont pas seulement nocturnes, elles surviennent aussi pendant le jour. Elles peuvent être réveillées par la fatigue, la marche, ce qui n'arrive pas dans l'acroparesthésie. Puis apparaît toute une série de troubles vaso-moteurs. L'Erythromélgie siège surtout chez les hommes dans les membres inférieurs. Bernhardt ajoute qu'on retrouve encore dans la maladie de Weir-Mitschell, des troubles gastro-intestinaux, des troubles cérébraux (hallucinations), étourdissements, des troubles de la vue (hémorragie rétinienne) et de l'atrophie des muscles.

Comme on le voit, à leur période d'état, les deux maladies sont bien distinctes. Mais il y a des cas d'érythromélgie où les phénomènes vaso-moteurs sont peu intenses : les fourmillements, au contraire, prédominent. Il est aussi des cas d'acroparesthésie où apparaissent quelques troubles vaso-moteurs. Ce seraient

peut-être des formes de transition entre les deux maladies, qui deviendraient ainsi extrêmement voisines.

Une autre maladie peut encore prêter à confusion, c'est la *maladie de Reynaud*. Ici, on retrouve les fourmillements, les picotements, l'engourdissement survenant par crises. Mais bientôt, avec l'évolution, la confusion n'est plus possible. Ses paresthésies sont ici nettement symétriques, siègent dans tous les doigts. Les phénomènes vaso-moteurs acquièrent vite une grande importance : il y a alternativement, pâleur et cyanose des doigts avec lividité caractéristique. La température est toujours abaissée de 1 ou 2 degré. Bientôt apparaissent des troubles trophiques : ce sont des phlyctères qui se rompent, laissant après elles des cicatrices blanches dans une peau amincie et parcheminée. Puis la marche de la maladie est rapide, les rémissions très inconstantes et quand elles existent de très courte durée. Bientôt apparaissent les escarres noires résultant de névroses profondes : les ongles tombent, puis les phalanges laissant des déformations caractéristiques de cette maladie encore appelée : gangrène symétrique des extrémités. En outre, dès le début de la maladie, ont apparu des troubles de sensibilité très nets, de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie. Le tableau clinique de la maladie de Reynaud est donc bien différent de celui de l'acroparesthésie.

Mais il existerait peut-être ici encore des formes de transition. En effet, Gimerod et surtout Nothnagel ont publié des observations d'acroparesthésie, très nettes

où les phénomènes vaso-moteurs (pâleur, cyanose, abaissement de température) étaient très intenses. Ce sont les cas publiés par Nothnagel sous le nom de « névrose vaso-motrice ».

A l'exemple de Bernhardt, distinguons encore de l'acroparesthésie essentielle, les cas publiés par Berger, sous ce titre : *Une forme particulière de paresthésie*. « Les cas de Berger, dit Bernhardt, concernaient seulement des personnes jeunes et de préférence du sexe masculin. Ici les paresthésies ne se localisent pas aux extrémités des membres et particulièrement des membres supérieurs, mais occupent les jambes dans toute leur longueur et souvent les hanches. Il manque, par conséquent, la localisation caractéristique et aussi le redoublement des phénomènes paresthésiques avant la nuit. En outre, les sensations ne sont pas très douloureuses et les crises ne durent ordinairement que quelques minutes ».

D'autres auteurs ont encore différencié de l'acroparesthésie, l'œdème bleu des hystériques (Charcot); ici, il y a surtout tuméfaction et cyanose siégeant au dos de la main.

ÉVOLUTION. FORMES CLINIQUES. DURÉE. PRONOSTIC.
TRAITEMENT.

Nous pouvons envisager ici trois formes de l'affection : une forme légère, une forme moyenne, une forme grave.

1° *Forme légère.* — Dans ce cas, le malade ressent un matin, à son réveil, des sensations bizarres dans les doigts de la main, quelquefois des deux. Ce ne sont pas des douleurs, un peu de gêne, un peu de raideur des doigts, avec quelques fourmillements et picotements. Le malade se frotte les mains, se lève et tout disparaît. Ces sensations légères, fugaces, ne réapparaissent que de temps en temps, à l'occasion du froid, d'un travail fatigant. A ce stade l'acroparesthésie est rarement diagnostiquée par le médecin, car le malade ne vient pas le consulter. Il peut arriver que les symptômes disparaissent complètement, mais ce cas est rare. Le plus souvent, après un printemps, un été très sec, pendant lesquels le malade n'avait rien ressenti d'anormal, lors d'un automne humide, les fourmillements apparaissent de nouveau.

2° *Forme moyenne.* — C'est alors la forme moyenne. Les sensations paresthésiques sont encore nocturnes ou matinales, mais leur intensité est plus grande, leur durée plus longue. Une simple friction ne suffit plus à les faire disparaître.

3° *Forme grave.* — Cette forme est caractérisée par des fourmillements, des picotements internes, avec sensations de brûlures, de broiement des os, avec douleurs lancinantes dans les membres atteints. Ces paroxysmes n'existent plus seulement au moment du réveil, ils ininterrompent le sommeil du malade une ou plusieurs fois de la nuit, quelquefois même l'empêchent de dor-

mir complètement. Dans ce cas, les phénomènes ne disparaissent pas tout à fait pendant la journée, il reste quelques fourmillements, une gêne, un engourdissement des doigts empêchent le malade d'accomplir les travaux quelquefois délicats du ménage (couture, tricot). Ce sont les cas que le médecin rencontre le plus souvent aux consultations.

Depuis Friedmann, on décrit une *forme chronique* dans laquelle les symptômes ne seraient pas très intenses, mais où les paroxysmes se reproduiraient ainsi sans modification durant dix, douze et même quinze ans.

La durée de l'affection est très variable. Dans sa forme légère, elle peut être de deux ou trois mois, peut-être même de quelques semaines. Dans sa forme moyenne ou sa forme grave, elle peut durer trois, quatre, cinq ans, avec ou sans rémission estivales.

Dans la littérature médicale, on cite le cas de malades qui souffraient de troubles tous les hivers depuis dix-huit ans.

On a enfin signalé des récidives assez fréquentes après plusieurs années de calme.

Le pronostic de l'affection est très variable. Il est forcément lié à l'intensité et à la durée des phénomènes acroparesthésiques. Dans tous les cas, la vie du malade n'est jamais en danger, mais bien des actes de la vie ordinaire peuvent lui devenir difficiles, sinon impossibles, et par ce fait, le pronostic se trouve assombri. Il serait peut-être bon de faire entrer ici en

ligne de compte, l'état neurasthénique qui se développe chez beaucoup de malades, déjà plus ou moins névropathes, à la suite de ces douleurs, de ces insomnies et de ces préoccupations répétées.

Traitement. — Dans l'ensemble, le traitement médicamenteux des acroparesthésies est extrêmement décevant.

E. May propose l'opothérapie ovarienne dans les acroparesthésies de la ménopause.

H. Beau obtient quelques résultats heureux avec la radiothérapie.

CHAPITRE II

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SUBJECTIVE DE LA SYRINGOMYÉLIE.

Les troubles de la sensibilité subjective vont des paresthésies jusqu'aux douleurs extrêmement violentes. Les douleurs ne sont pas, au premier plan, de la semeilogie de syringomyélie classique.

Après Gilles de la Tourette, qui les étudia en 1889, Lamacq s'attacha aux formes douloureuses et aux névralgies faciales de la syringomyélie.

Rosenthal et Brühl insistent sur le début parfois douloureux de cette affection. En 1908, Raymond et Lhermitte étudient un cas de syringomyélie à type douloureux. A partir de cette époque, paraissent de nombreux travaux qui donnent une explication pathogénique de ces douleurs. Citons ceux d'Oppenheim, Schlesinger, Haenel, et plus près de nous, le travail important de Spiller (1923).

Il nous semble difficile de résumer l'aspect de ces douleurs; elles paraissent d'ordinaire au début de la maladie, mais la précèdent rarement, c'est quelquefois au cours d'une exacerbation de l'affection que les douleurs s'installent. Souvent modérées, on les trouve fréquentes quand on les recherche et parfois violentes. Leur description est des plus variées.

Les fourmillements revêtent de nombreuses formes : picotements, fourmillements douloureux, mais plus particulièrement *paresthésies thermiques*. La sensation de brûlures (« c'est comme si j'avais le feu dans ma main » dit une de nos malades), nous semble plus fréquentes que la sensation de froid. Les paresthésies thermiques souvent spontanées, sont plus fréquemment provoquées par le contact d'un corps froid ou chaud, ou même par des conditions atmosphériques.

Les douleurs à type de décharge électrique seraient, d'après Lhermitte, rares dans la gliomatose. Un de nos syringomyéliques ressentait, à côté de troubles subjectifs variés siégeant au tronc, à l'épaule et au membre inférieur, des sensations de décharge électrique au niveau du membre supérieur, et électives pour ce segment. La sensation de décharge électrique peut d'ailleurs être déclenchée par le toucher, comme dans un cas de Symonds; chez ce malade, le toucher dans la région du trijumeau (nerf atteint) déclenchait une sensation que le malade qualifiait de « choc électrique » extrêmement douloureuse, sensation qui se prolongeait jusqu'à l'épaule et au bras.

Voici comment une malade de l'hôpital Paul-Brousse, décrit ses douleurs :

Sensibilité exagérée, nerfs à fleur de peau, comme à vif, depuis la colonne vertébrale à la nuque, jusqu'à l'oreille gauche, dans le bras gauche jusqu'au bout des doigts. Au début, douleurs très violentes dans l'oreille gauche et dans la tempe gauche qui disparurent en deux jours par l'aspirine.

Sensation de rétrécissement de la peau, des muscles, comme si l'on arrachait le bras. Sensibilité moins rapide lorsqu'elle touche quelque chose de chaud. Impossibilité de porter une bague, un bracelet ou, au cou, chaîne ou collier; de toucher du métal; de se laver à l'eau froide; de porter autre chose sur les bras que de la laine.

Douleurs continues, très pénibles, parfois plus violentes et aiguës. Sensations de brûlures très fortes ou froid intense.

Démangeaisons comme par des orties (très rarement) simplement à la nuque; quelquefois très mal à l'aisselle. Le cou parfois scié comme avec un fil de fer. Pincements en levant le bras. Pesanteur sur l'épaule comme si la malade portait un poids énorme; sensation de déformation, épaule plus basse; position instinctive de soutenir le bras, de remonter l'épaule en mettant la main sur la hanche ou sur l'épaule droite. Position insupportable pour écrire.

Sensation de chairs décollées en marchant ou en

laissant le bras ballant. Douleurs fulgurantes jusqu'aux doigts, surtout à l'annulaire et dans le biceps.

Après un traitement radiothérapique, les mêmes douleurs se propagent à la face, jusqu'à l'oreille, dans les cheveux, et la mâchoire. Difficulté de tourner la tête. Ces douleurs augmentent par les mouvements de la tête et les mouvements de mastication.

Depuis le dernier traitement, en septembre 1921, impossibilité de supporter du linge sur le corps, surtout à l'estomac. Obligation de porter de la laine très douce sur toutes les parties malades. Crispations de l'estomac, mais extérieures.

Douleurs dans les côtés et tout autour du corps.

Impossibilié de se coucher sur le côté gauche sans que la malade éprouve aussitôt des douleurs fulgurantes.

Par moments, main lisse et luisante.

Douleurs, en faisant des mouvements extérieurs de la main.

La température et les changements de temps paraissent avoir une influence sur les douleurs fulgurantes, en tant qu'intensité et fréquence, ainsi que les trépidations des moyens de circulation.

Impossibilité de dormir sans prendre un soporifique.

L'examen neurologique ne montre pas de troubles moteurs ni d'atrophie musculaire.

Les réflexes tricipital et radial gauches sont abolis, ils sont normaux à droite.

Les réflexes patellaires et achilléens sont plus vifs à gauche.

L'examen de la sensibilité décèle une hypoesthésie au chaud dans tout le membre supérieur.

Le chaud n'est plus perçu sur la moitié gauche du cou et de l'épaule (C⁴, C⁵).

Le froid est confondu avec le chaud. L'application d'une bande de fer donne une sensation de brûlures ressentie parfois à distance.

La piqure est bien perçue partout, mais elle est ressentie avec une acuité exagérée à gauche.

A cause de la prédilection de la fente gliale pour la région cervicale, les douleurs siègent le plus souvent aux membres supérieurs, elles peuvent siéger aux membres inférieurs comme dans les syringomyélies dorso-lombaire (Raymond et Lhermitte) ou lombo-sacrée (Harris).

Chez un de nos malades, la syringomyélie a débuté par des douleurs de la région abdominale ayant fait poser le diagnostic d'appendicite. Les douleurs peuvent n'exister que d'un seul côté, et les formes douloureuses unilatérales sont très fréquentes. Il arrive que la douleur irradie sur le trajet d'un tronc nerveux.

Nous citons à ce propos, une observation d'Ajuria-guerra (thèse Paris 1937). Chez sa malade, la douleur a débuté par une céphalée qui se propageait à l'hémiface, puis au thorax et aux membres supérieurs, elle ressemblait aux douleurs des spasmes vasculaires sylviens et surtout à la forme décrite par Foix et Schiff-

Wertheimer, dans la sclérose en plaques, sous le nom de forme céphalalgique de cette maladie.

OBSERVATION. — Henry Yvo..., âgée de 35 ans, vient consulter pour des troubles de la marche. La malade est soignée depuis 5 ans seulement, mais ces troubles auraient débuté vers l'âge de 15 ans par une fatigue rapide du membre supérieur gauche. L'évolution a été progressive.

Depuis quelque temps la malade se plaint de douleurs siégeant du même côté que les troubles moteurs. Les douleurs sont surtout marquées au niveau de la jambe et du thorax, elles le sont moins au niveau du membre supérieur.

La malade ressent aussi des douleurs au niveau de l'hémiface droite surtout dans le territoire de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur (l'œil et les dents).

Les douleurs sont sourdes au niveau de la face, lancinantes au niveau de la jambe. Les crises douloureuses sont de longue durée, augmentant par paroxysmes. Elles débutent parfois par une céphalée intense, puis les douleurs surviennent dans cet ordre : hémifacé, thorax, membres supérieurs.

Les douleurs sont parfois déclanchées par des excitations périphériques : douleur à la pression du nerf sous-orbitaire. Cette pression déclanche d'ailleurs une crise douloureuse.

L'examen neurologique décèle des troubles moteurs; la malade traîne les jambes, surtout la gauche; du même côté la force musculaire est diminuée, particulièrement au niveau de la partie postérieure de la jambe; les réflexes tendineux sont très vifs, mais de même que le clonus du pied, ils sont plus marqués du côté gauche.

Les réflexes cutanés plantaires se font en extension des deux côtés. Les réflexes cutanés abdominaux sont normaux des deux côtés.

Les réflexes pilo-moteurs sont plus marqués du côté gauche; ils se produisent en plaques irrégulières et en petits grains.

L'examen de l'appareil cérébelleux ne permet de décèler rien d'anormal.

L'examen de la sensibilité nous montre une dissociation à type syringomyélique de l'hémicorps et de la face droite. On note une hypoesthésie légère à la piquûre dans les mêmes régions.

On ne trouve pas de troubles trophiques, ni de troubles de la miction.

La malade a une légère scoliose et pas d'atrophie musculaire.

Un traitement radiothérapique a nettement amélioré les troubles.

Les douleurs sont dans certaines formes cliniques de syringomyélie, analogues aux douleurs en ceinture. Les algies cervico-brachiales, les plus fréquentes, apparaissent au début sous forme de crises de douleurs lancinantes ou d'arrachement ou encore de sensations de brûlures profondes dont le diagnostic exact ne vient souvent faire sa preuve que tardivement.

Ces névralgies d'abord paroxystiques, ont pour caractère, de survenir par « attaques » portant sur plusieurs jours ou semaines. Elles disparaissent pendant plusieurs mois, récidivent, puis s'évanouissent à nouveau avant de s'installer de façon permanente comme dans les observations de Parker et d'André-Thomas.

Dans quelques cas, ces douleurs persistent alors que les sensibilités douloureuse et thermique sont abolies, réalisant une analgésie douloureuse (Schlesinger, Dejerine et Thomas).

Très souvent, aux douleurs brachiales, s'ajoutent

des douleurs dans la sphère du trijumeau, réalisant les formes douloureuses de la syringomyélobulbie.

C'est surtout dans ces formes qu'elles paraissent revêtir un type clinique très spécial où l'hyperpathie domine, associée à une sensation de brûlure ardente, les apparentant de très près aux syndromes causalgiques dont ils ont les mêmes troubles vaso-moteurs.

André-Thomas en a rapporté une observation des plus saisissante où les douleurs siègeant dans le bras et le côté droit du cou, avec un caractère de brûlure et de déchirement exaspéré par le froid et le moindre déplacement des membres. Il est très remarquable de noter que dans ce cas, les troubles sensitifs (analgésie, hermo-anesthésie, hypoesthésie, troubles de la sensibilité profonde), occupaient le membre supérieur, toute l'hémiface, l'hémicou et l'hémitronc; une telle topographie ne pouvant s'expliquer que par une longue fente siègeant dans la corne postérieure et dans la partie adjacente du cordon postérieur, au niveau même de la pénétration des racines.

On rencontre encore, comme chez une malade d'André-Thomas et comme dans l'observation II du travail de Spiller, des hyperesthésies intenses; hyperesthésie au moindre contact avec impossibilité de se coucher du côté douloureux, déclenchement des paroxysmes douloureux aux moindres mouvements et aux changements mêmes de température, la malade ne pouvant supporter ni la chaleur du lit, ni l'eau froide. On observe encore une douleur à la pression soutenue et au con-

tact de certains tissus. On peut trouver chez elle l'over-réaction aux stimuli intenses, décrite par Head, dans le syndrome thalamique.

Klipper et Monnier-Vinard décrivent de fausses-angines de poitrine d'une durée de quelques secondes, chez un syringomyélique. Un de nos malades (Vich...) présente des douleurs débutant au niveau de la main et remontant par la face externe du bras jusqu'à la région précordiale; elles s'accompagnent d'une légère angoisse et d'une sensation de striction du thorax. Ces observations permettraient d'individualiser une forme angineuse de la syringomyélie.

Il est intéressant de noter que, d'ordinaire, dans les formes douloureuses, les troubles moteurs, trophiques et même les troubles de la sensibilité objective sont moins marqués que dans les autres formes de syringomyélie.

De même que dans la syringomyélie, dans les tumeurs médullaires associées à un processus syringomyélique, les douleurs sont extrêmement fréquentes. Souvent, elles sont violentes, atroces, ainsi chez les malades de Bickel, de Bielchowsky. Elles sont assez diffuses, ne répondant pas toujours à des distributions radiculaires nettes. Fréquentes au début, elles peuvent disparaître vers la fin de la maladie.

Une autre forme clinique spéciale de douleurs dans la syringomyélie, est cette forme de syringomyélie aiguë diffuse rapportée par Guillaïn, Schmite et Bertrand, où des douleurs étendues de l'occiput aux lom-

bes, avec paroxysmes violents, cédèrent à une laminectomie décompressive, qui montra une moelle boursofflée qui s'écrasait contre les parois osseuses.

Ces formes douloureuses de la syringomyélie peuvent créer des difficultés de diagnostic réelles. Elles peuvent faire redouter, associées à la cyphoscoliose, un mal de Pott, comme dans l'observation de Raymond et Lhermitte; simuler une néo-formation médullaire dont la syringomyélie n'est, à vrai dire, qu'une variété anatomique très spéciale; être attribuées à une névrite ou une radiculite pendant des années.

Etre enfin cachée derrière des manifestations acroparesthésiques, forme clinique d'une rareté exceptionnelle, qui nous a servi pour sujet de cette thèse et dont nous nous occuperons spécialement dans le chapitre suivant.

PATHOGÉNIE.

L'origine de ces douleurs a été longtemps discutée. Schlesinger incriminait une leptoméningite que Westphal Junior aurait trouvée dans un cas. Hoenel pense que les fibres intramédullaires de la douleur peuvent être lésées, mais que les douleurs de longue durée doivent faire penser à une méningite secondaire.

La majorité des anciens auteurs pensait, en effet, que l'atteinte des racines postérieures par un processus de méningite (Philippe et Oberthün), était la cause de ces algies. Si, exceptionnellement, on a pu trouver des cavités dans les racines postérieures (Bomic et Dawson), voire même des lésions cavitaires sur

le pôle central du ganglion rachidien (André-Thomas), on sait actuellement, et Spiller en a apporté la preuve dans un cas anatomo-clinique, que les douleurs sont indépendantes de toute lésion concomittante des racines ou des méninges. Avec Foerster, on peut admettre qu'il s'agit dans la grande majorité des cas de douleurs de la corne postérieure (elles sont habituellement en cause quand les douleurs siègent dans le territoire de la lésion), soit de douleurs cordinales (c'est le cas en particulier, des douleurs siégeant à distance de la lésion).

Il nous est impossible de savoir le facteur qui décidera de la présence ou de l'absence des douleurs dans la syringomyélie. Il est également difficile d'expliquer les « attaques » de douleurs qui s'observent de façon si personnelle dans cette affection. Nombre de facteurs entrent certainement en jeu, sans parler de la tension intracavitaire dans la fente syringomyélique. Car l'on a pu noter la sédation des douleurs après l'opération de Poussep (Poussep, Juzelewski).

De nombreux auteurs font jouer un rôle à l'atteinte probable du sympathique. Celle-ci est manifeste dans la syringomyélie; les troubles vasculaires et sécrétoires en font la preuve. Ici, comme dans le syndrome thalamique, on peut se demander jusqu'à quel point les troubles vaso-moteurs joueraient un rôle dans la genèse des douleurs.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE DES FORMES ACROPARETHÉSIQUES DE LA SYRINGOMYÉLIE.

Nous avons à dessein, insisté dans les chapitres précédents, sur le syndrome acroparesthésique ainsi que sur les troubles de la sensibilité subjective dans la syringomyélie, afin de pouvoir exposer ici les faits cliniques qui nous ont inspiré et guidé dans la rédaction de cette thèse.

OBSERVATION 1. (Communiquée par Lhermitte et Nemours Auguste à la Société de Neurologie, séance du 4 avril 1936). — Il s'agit d'une malade (Mme Ern...), âgée de 49 ans, ménopausée depuis 2 ans, et, en général, d'une bonne santé.

En février 1935, cette malade a présenté, sans cause appréciable, des vomissements postprandiaux qui se sont calmés seulement au bout de trois mois. A partir d'octobre 1935, Mme Ern...

a commencé d'éprouver des sensations pénibles et même douloureuses dans les deux mains. Mais, fait curieux, ces perturbations sensitives ne se produisaient que pendant la seconde moitié de la nuit; et la malade décrit ces phénomènes de la façon suivante : « Je me couche sans nulle douleur, je m'endors facilement; mais régulièrement, entre 1 h. et 2 h. du matin, je suis éveillée par des sensations pénibles dans les deux mains et plus spécialement dans la région interne de l'avant-bras et de la main.

Il me semble que c'est la position allongée de mes bras sur le lit et l'immobilité qui sont la cause de ces sensations très désagréables et parfois même douloureuses. En effet, je lève les bras en l'air et les remue et, au bout d'un très court moment, la douleur disparaît; je me rendors, mais très rapidement les douleurs reviennent et me réveillent. Je suis ainsi plusieurs fois tirée du sommeil pendant la seconde moitié de la nuit. »

Depuis peu, les phénomènes sensitifs que nous venons de relater, d'après le récit même de la malade, se sont exacerbés et maintenant il s'agit de douleurs vives comparables à des arrachements ou des déchirements profonds dans les membres supérieurs et les mains.

Le 10 décembre 1935, la malade nous est adressée pour une « névralgie du nerf cubital » bilatérale. En effet, la malade désigne très nettement du doigt la bande cubitale gauche, surtout comme étant la région où siègent les sensations douloureuses les plus pénibles; sensations toujours éprouvées pendant la nuit et jamais pendant la journée.

La patiente ajoute encore que lorsqu'elle baisse la tête en avant, elle éprouve une douleur brusque et vive dans le dos.

Les phénomènes douloureux ne se produisent jamais dans la journée, la malade peut continuer son travail de fleuriste sans être incommodée; elle ne ressent même pas de fatigue à la fin de la journée.

Objectivement, nous ne constatons aucune amyotrophie, aucune diminution de force même dans les petits muscles de la main

Le signe de Froment n'existe pas (flexion du pouce dans le pincement d'un objet).

La coordination des mouvements s'exécute normalement, aux quatre membres. Pas de modifications de la face.

Réflexes tendineux absolument normaux pour les 4 membres.

Réflexe cutané-plantaire en flexion.

La sensibilité objective apparaît modifiée dans certaines de ses modalités. Le tact simple détermine des sensations bien identifiées au double point de vue topographique et qualitatif, sauf sur les territoires innervés par les 6^e et 7^e racines cervicales (C.6 et C.7). La sensibilité au chaud et au froid, au contraire, se montre très diminuée sur la partie supérieure du thorax, le membre supérieur gauche et l'hémiface correspondante. Sur le bord cubital, la thermoanesthésie est très accusée; sur le bord radial, le chaud seul n'est pas perçu.

La sensibilité à la piqure est émoussée sur les mêmes régions, mais sur les segments D3 et D4 il existe une hyperexcitabilité très manifeste au contact de l'épingle.

Sur le membre supérieur droit : hyperesthésie thermique distale et hyposthésie à la piqure diffuse.

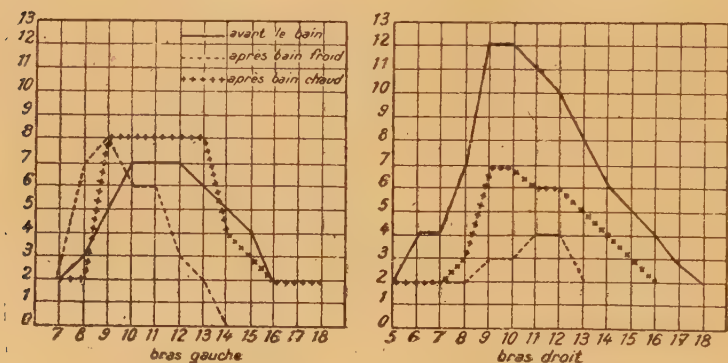
Sur la partie inférieure du corps et sur les muqueuses, la sensibilité est parfaitement conservée.

Les organes des sens sont normaux; la réactivité de l'iris est conservé des deux côtés. Pas de syndrome de Claude Bernard-Horner.

Les troubles vaso-moteurs se produisent surtout pendant la nuit, la main gauche, dit la malade, devient complètement froide; alors les douleurs de la main et de l'avant-bras sont intolérables.

Nous avons déjà établi des courbes oscillométriques à l'aide de l'appareil de Pachon et l'on peut voir que l'amplitude des oscillations artérielles se montre nettement plus considérable à droite qu'à gauche; fait en apparence paradoxal, l'épreuve du bain chaud (40°) provoque une exagération des oscillations à gauche et non à droite. Quant au bain froid, celui-ci est suivi d'une diminution de

l'amplitude des oscillations à droite, tandis que, du côté gauche, s'établit d'abord une amplification des oscillations, puis une rapide diminution de celles-ci.



La réaction mamelonnaire par l'excitation directe à l'épingle de l'aréole se produit des deux côtés, mais cette réaction se montre plus vive, plus complète et plus rapide du côté droit. Quant au réflexe mamillo-aréolaire, il est également conservé mais sensiblement accusé du côté gauche.

On ne constate aucun trouble trophique; à l'exception d'un épaississement diffus de la peau des paumes des mains dont la malade d'ailleurs ne s'est pas aperçue.

Les troubles sécrétoires cutanés font défaut; la peau des paumes se montre seulement un peu sèche; l'épreuve de la pilocarpine (injection d'un milligramme de pilocarpine dans la région présternale) n'entraîne aucune ébauche de sudation.

Aucun signe de lésion viscérale. La tension artérielle est de 17/11 à l'appareil de Vaquez.

La malade est soumise immédiatement à la radiothérapie.

Après deux séances au cours desquelles la patiente a reçu 600 petits R, une amélioration très notable s'est dessinée. Les douleurs de la nuit ont presque disparu.

En janvier 1936, la malade soudainement est atteinte d'une crise d'appendicite aiguë qui nécessite une intervention d'urgence.

Le 18 février 1936, disparition complète des douleurs dans les membres supérieurs; les troubles objectifs de la sensibilité persistent sur les mains mais ils semblent atténués.

En mars 1936, la malade est frappée d'une sinusite frontale aiguë avec fièvre élevée, affection qui interdit la continuation du traitement.

Le 10 mars 1936, reprise des fourmillements et des paresthésies dans les mains et les bras.

Objectivement, nous constatons une anesthésie tactile des doigts et de la paume de la main gauche, le pouce est ménagé; du côté droit, hypoesthésie.

Diminution de la sensibilité à la piqure sur la main gauche et l'hémiface gauche.

Abolition de la sensibilité thermique sur tout le membre supérieur gauche, hypothermoesthésie sur la région correspondante du thorax.

Sur la main droite, nous constatons une légère hypoesthésie à la piqure et à la température.

Réflexes tendineux conservés, plus vifs aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Réflexe mamille-aréolaire normal à droite, faible et lent à gauche.

Pas d'amyotrophie sauf une légère réduction volumétrique de l'opposant et du court abducteur gauches.

La malade a été traitée de la manière suivante : voltage 200.000. Distance focale : 30 cm. filtre 1 mm. de cuivre+2 mm. d'aluminium; le champ irradié s'étend de la 4^e cervicale à la 2^e dorsale. Depuis le 6 janvier la patiente a reçu 2.000 petits R.

Ainsi qu'on a pu en juger, nous nous trouvons en présence d'un cas anormal de syringomyélie cervico-dorsale caractérisée par la thermo-analgésie à disposi-

tion radiculaire partielle et de topographie classique, accompagnée d'une très légère atrophie de l'éminence thénar gauche. Ce qui donne à l'affection un caractère tout particulier, c'est l'apparition insolite de perturbations subjectives de la sensibilité avant que se soient manifestés les symptômes essentiels de la syringomyélie, d'une part, et la qualité des sensations anormales, d'autre part.

Le point qui nous semble plus attachant tient à la qualité des sensations anormales éprouvées par la malade. Ainsi que nous l'avons souligné, il ne s'agit pas ici de douleurs, d'algies quelconques, mais de phénomènes pénibles, quelquefois insupportables, au dire de la patiente, lesquels se développent exclusivement dans la seconde partie de la nuit et s'accompagnent de modifications corrélatives saisissantes de la circulation qui affectent de préférence le type de la vasoconstriction.

Rapeplons aussi que ces perturbations sont modifiées par les changements de positions et les mouvements actifs du membre atteint. On le voit, nous sommes en face, dans le cas que nous visons, de sensations très caractéristiques de l'acroparesthésie douloureuse.

Nous pouvons donner la preuve de la perturbation vaso-motrice en nous appuyant sur les résultats des preuves vasculaires auxquelles nous avons soumis notre malade. Les graphiques qui sont annexés à l'observation ne permettent pas de douter de l'anarchie

des réactions vasculaires du membre supérieur gauche, principal siège des paresthésies.

Les faits de ce genre sont assurément très exceptionnels. On lit en effet, dans la dernière édition de l'ouvrage classique de Cassire (*Die vasomotorisch-tropischer Neurosen*), que l'auteur dont l'expérience clinique était grande, n'a observé qu'un seul fait où les troubles sensitifs et vaso-moteurs étaient accusés que l'on hésita pendant un certain temps, entre le diagnostic de l'acroparesthésie et celui de la syringomyélie, l'évolution de l'affection confirma cette dernière hypothèse.

OBSERVATION 2 (Communiquée par Lhermitte et Nemours-Auguste à la Société de Neurologie. Séance du 3 mars 1936).
Mme Guill..., âgée de 28 ans, infirmière, vient nous consulter, le 2 février 1932, en raison de phénomènes douloureux particuliers qu'elle éprouve dans les mains et qui surviennent par crises paroxystiques.

Le début de ces crises remonte à deux ans environ. Elles se sont aggravées nettement pendant une grossesse, laquelle s'est terminée par un accouchement normal. En outre, la malade remarque depuis quelque temps que ses mains sont maladroites dans les mouvements délicats.

Voici deux mois environ, que les crises paroxystiques sont devenues plus violentes et réellement très pénibles. Pendant les paroxysmes, les mains deviennent très rouges, et très chaudes, la douleur survient très vive parfois ou des fourmillements et un engourdissement des mains. Les phénomènes douloureux irradient, certaines fois, jusque dans les bras et les épaules.

Il semble que ces perturbations soient plus marquées du côté droit l'application de la chaleur sur les mains aggrave les douleurs

de même que l'immersion dans l'eau chaude; l'immersion dans l'eau froide s'accompagne d'une sensation de chaleur.

Examen du 2 mars 1932. — Etat général floride. Les mains sont cyanotiques, chaudes et sèches, la peau de la paume apparaît très épaissie, légèrement indurée sur le médius et l'index; les doigts ne sont pas notablement déformés, seules les extrémités digitales sont un peu globuleuses. Amyotrophie incomplète des éminences thénars.

Tous les mouvements peuvent être normalement exécutés sauf l'opposition du pouce en raison de l'atrophie de l'opposant et de l'adducteur. Aucune ataxie. Hypertonie de l'hémiface droite accusée dans les mouvements expressifs.

La sensibilité objective est nettement atteinte et nous relevons une hypoesthésie à la piqure sur les doigts et particulièrement sur les premiers doigts de la main droite. L'hypoesthésie est encore décelable sur les membres supérieurs et la partie correspondante du thorax, au-dessous de la clavicule.

L'hypoesthésie à la température se montre nette sur les membres supérieurs surtout pour le chaud, lequel n'est pas du tout perçu sur les mains à l'exception de la face dorsale de la main gauche.

Anesthésie au froid sur l'extrémité des doigts de la main droite.

Sensibilité au tact conservée, ainsi que les sensibilités profondes (pallesthésie et sensibilité arthrocinétique).

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont normaux; aux membres supérieurs, les radiaux sont normaux et égaux; le réflexe tricipital faible à droite est inversé à gauche.

Réflexes cutanés normaux.

Aucun trouble des sphincters.

Pas de modification des organes des sens.

Les yeux sont normaux, aucune ébauche de syndrome de Cl. Bernard-Horner. Les pupilles réagissent vivement à la lumière.

13 mars 1932. — La malade a été soumise à la radiothérapie et a reçu 2.720 r. L'amélioration des phénomènes subjectifs est

considérable : les fourmillements ont disparu, la malade affirme qu'elle est moins maladroite depuis le traitement par les rayons X.

Sensibilité au tact absolument normale, sensibilité au chaud et froid diminuée sur les 3 premiers doigts de la main gauche; sur le reste du tégument, les perceptions sont correctes

Le 9 décembre 1932. — Après 10 séances de radiothérapie, la malade a pris de l'embonpoint. L'amélioration des perturbations vaso-motrices s'est encore accusée, les crises ont pratiquement disparu.

L'amyotrophie thénarienne est sans changement.

Sensibilité au tact normale.

Sensibilité à la température normale sauf les deux dernières phalanges de la main droite où les sensations sont retardées.

Sensibilité à la piquûre absolument normale sur les deux membres supérieurs et thorax.

Le 27 novembre 1933. — La malade revient nous consulter en raison d'une reprise des phénomènes pénibles caractérisés par une sensation indéfinissable et désagréable éprouvée dans toute l'étendue du membre supérieur droit; parfois le médius droit semble être devenu complètement insensible. Maladressé de la main gauche.

Sensibilité au tact conservée partout.

Sensibilité thermique : hypoesthésie au chaud sur la main droite.

Sensibilité à la piquûre atténuée sur les deux mains. La malade accuse une sensation douloureuse au moindre frôlement de la main gauche.

Sensibilité profonde légèrement atteinte sur les mains. La malade reconnaît mal certains objets et ne peut différencier les étoffes.

Les troubles de la sensibilité se montrent plus accusés sur le bord radial.

Amyotrophie incomplète des interosseux déterminant une ébauche de main en griffe.

Épaississement marqué de la peau de la région palmaire de la main gauche.

6 décembre 1933. — La malade accuse une légère exacerbation des douleurs dans le bras et la main droite, mais sans comparaison avec les crises précédentes.

Sensibilité tactile normale.

Sensibilité à la piquûre diminuée seulement sur les doigts et surtout à leur extrémité distale.

2 sensibilités profondes sans changement.

1 sensibilité thermique abaissée dans les mêmes territoires que précédemment.

Réflexivité. Tous les réflexes tendineux existent tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

Léger myosis à droite.

Adiposité excessive.

Le 14 novembre 1934. — Après avoir été soumise à un nouveau traitement radiothérapique, la malade déclare que les phénomènes douloureux ou pénibles, n'ont plus reparu. La malade se déclare guérie.

Sensibilité thermique absolument normale des deux côtés.

Sensibilité à la piquûre normale.

Sensibilités profondes conservées.

Amélioration des mouvements d'opposition du pouce du côté gauche.

Aucune amyotrophie des membres supérieurs excepté l'atrophie de l'éminence thénar laquelle s'est atténuée à gauche.

Tous les réflexes tendineux et osseux sont conservés mais un peu inégaux. Le réflexe radial droit est plus vif à gauche, de même que le réflexe patellaire.

L'épaississement des téguments palmaires n'a pas augmenté.

Nous avons revu dernièrement notre malade, la malade ne présente plus qu'un épaississement très modéré de la peau de la paume des mains et une atrophie de l'opposant et du court abduc-

teur à droite. Tous les phénomènes sensitifs, objectifs et subjectifs, de même que les perturbations vaso-motrices ont disparu.

Traitement par les rayons X qui a été dirigé par M. N. Auguste.

Voici les indications essentielles du traitement qui fut appliqué. Filtre cuivre 1 mm. + aluminium 2 mm. Distance de l'ampoule, 40 cent. Tension 200.000 volts. Intensité 3 milliampères 5. Champs d'irradiation 20×20 .

1^o Série du 8 mars 1932 au 16 avril 1932; champ latéral droit 1.360 R.; gauche 1.360 R. internationaux, soit 2.720 R.

2^o Série du 9 janvier au 2 février 1933; champ latéral droit 1.200 R.; gauche 1.200 R.

3^o Série du 28 novembre au 22 décembre 1933; champ latéral droit 1.200 R.; gauche 1.200 R.

4^o Série du 14 novembre au 22 décembre 1934; champ latéral droit 1.200 R.; gauche 1.200 R.

5^o Série du 5 février au 2 mars 1936; un seul champ a reçu 1.200 R.

Cette dernière observation est beaucoup plus caractéristique ainsi qu'on le voit, bien avant qu'aucun trouble moteur ne se manifestât, des perturbations, à la fois subjectives par l'élément douloureux et objectives par la vaso-dilatation de l'extrémité des membres supérieurs, étaient apparues qui devaient inciter à examiner avec un soin particulier, les fonctions de la sensibilité et faire découvrir les signes les moins trompeurs des cavités ou des gliomes médullaires.

Ce qui semble très personnel à notre cas, c'est, répétons-le, le caractère des crises éprouvées par la malade. Celle-ci nous a dépeint les sensations qu'elle ressentait à certains moments en les décrivant comme des four-

millements, des engourdissements, des pressions ainsi qu'on l'observe dans la plus authentique des acroparesthésies cryptogénétiques.

Nous avons fait remarquer que, pendant les paroxysmes, les mains devenaient chaudes et prenaient une coloration rouge; que d'autre part, l'application de la chaleur faisait apparaître ou exacerbaient les douleurs.

Nous insistons de nouveau sur le fait que pendant deux ans, tout se borna, en apparence, à des crises d'acroparesthésie, puis survinrent des troubles moteurs; maladresse des mains, légère amyotrophie thénarienne.

Nous pensons qu'il est tout à fait superflu de discuter ici le diagnostic de syringomyélie. Ce que nous désirons marquer, c'est l'existence presque isolée de crises paroxystiques de type acroparesthésique, pendant deux années chez un syringomyélique.

Des faits comme celui de Cassirer (que nous avons signalé plus haut) et ceux que nous publions aujourd'hui, autorisent à conclure à l'existence de cette forme singulière acroparesthésique de la syringomyélie, laquelle se montre, d'une sensibilité particulière aux irradiations roentgésiennes.

Chez notre patiente, l'application de la radiothérapie s'est avérée, en effet, d'une efficacité remarquable, tant par la rapidité de son action que pour sa persistance; puisque, depuis plus de cinq ans, la malade se trouve dans un état qui correspond à une guérison.

CONCLUSION

1° Le syndrome acroparesthésique répond à des altérations différentes des centres nerveux, c'est réellement un groupe de symptômes et non une maladie.

2° Dans les manifestations purement subjectives que présentent les malades atteints de syringomyélie, il faut faire place à l'acroparesthésie.

3° Le syndrome « acroparesthésie » en lui-même, peut-être caractéristique et en apparence, très pur, cependant une recherche plus attentive des perturbations objectives permet toujours de découvrir quelque signe indicateur de la cavité spinale : thermo-analgésie, atrophie musculaire, cypro-scoliose, abolition des réflexes aux membres supérieurs.

4° Ce diagnostic causal de l'acroparesthésie est important puisque il conduit à une thérapeutique.

5° En effet, la radiothérapie spinale fait disparaître dans l'ensemble, le syndrome acroparesthésique et la plupart des signes objectives de la syringomyélie.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU

Vu : le Président de la thèse,
G. GUILLAIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
C. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- J. DE AJURIAGUERRA. — La douleur centrale. Thèse de Paris. 1937.
- ALAJOUANINE. — Les troubles sensitifs dans la sclérose en plaques.
(*Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*,
Barcelone, 1929).
- ARMANDIN. — Contribution à l'étude de l'acroparesthésie. Thèse
de Paris. 1899.
- M. ASTWASATUROV. — Uber parasthésische neuralgien und eine
besondere Form derselben. Notalgie paraestetica (*Deut.*
Ztschr. f. Nervenhe. 133 : 188, 196, 1934).
- H. BEAU. — Trois cas d'acroparesthésies traités par les agents
physiques, surtout par les rayons X. (*Soc. Franç. Electroth.*
et Radiol., séance du 29 mai 1934, in : *Arch. d'électr. méd.*
N° 597, juin 1934).
- Trois cas d'acroparesthésies traités par les agents physiques et
spécialement par la radiothérapie (*Soc. Franç. d'Electroth.*
et de Radiol., mai 1934).
- J. BORAK. — Ueber den Ursprung der Akroparästhesien (*Endokri-*
nologie 5 : 9, 28, octobre 1929).
- CASSIRER. — Die vasomotorisch tropischer Neurosen. (1 vol. 1912,
Berlin [Karger édit.]).

- CORNIL. — Le syndrome « acroparsthésie » ou plutôt « acrodysés-thésie ». Ses rapports avec la spasmophilie. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 19, 1^{er} Oct. 1927).
- FRIEDMANN. — Ueber Akroparästhesie. (*Deutsche Zeitschrift Nervenheilkunde*, t. IV, p. 464).
- GODBERG M.M. — Acroparsthesia. (*Am. J. Obst. et Gyn.* 31 janv. 1936).
- GUILLAIN, SCHMITE et BERTRAND. — Syringomyélie aiguë. (Communiquée à la Société de Neurologie de Paris à la séance du 7 février 1929.)
- S.-E. JELLIFFE. — Acroparesthésie and quinine query and quest with report on american literature on acroparesthesia (*J. Nerv. et Ment. Dis.* 79 : 631, 651, June 1934).
- KLIPPER, MONNIER-VINARD. — Syringomyélie fruste avec manifestations anormales, angine de poitrine, ectasies capillaires permanentes systématiques et sueurs unilatérales (*Rev. Neurol.*, 1908, p. 170).
- KOULKOFF. — Les algies initiales dans la sclérose en plaques (*Encéphale*, 1927, T. II, p. 633).
- LHERMITTE J. — Le signe de la décharge électrique dans les maladies de la moelle épinière (*Gaz. des Hop.*, 22 juillet 1933).
- LHERMITTE J. et BIGNON. — Forme acroparesthésique de la syringomyélie. (*Rev. Neurol.* 65 : 784-787 avril 1936).
- LHERMITTE et NEMOURS Auguste. — Formes acroparesthésiques de la syringomyélie. Efficacité de la radiothérapie. (*Rev. Neurol.* 65 : 606-609, mars 1936).
- E. MAY. — Les acroparesthésies de la ménopause. (*Gaz. méd. de France*, p. 453-456, july I, 1932).
- MAC ARTNEY. — Acroparesthésie. (*Méd. Council Phil. XII*, 271-273, 1907).
- MORIN. — Contribution à l'étude des acroparesthésies. Thèse de Bordeaux. 1909.
- NOTHNAGEL. — Zur Lehre von den motorischen Neurosen. (*Deutsche Arch. f. Klin. Méd.*, II, p. 173).

PUTNAM. — A series of cases of paresthesia, mainly of the hands of periodical recurrence and possibility of vaso-motors origin. (*Archives of Médecin*, IX, p. 147-148. 1880).

RAYMOND et LHERMITTE. — Sur un cas de syringomyélie à type douloureux. (*Rev. Neurol.*, 1906, p. 576).

SCHLESINGER. — Die Syringomyélie. (Wien. 1906, p. 576).

SCHULTZE. — Ueber Acroparesthésie. (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, p. 300, 1893).

A. THOMAS. — Forme unilatérale et sensitive de la syringomyélie. (*Presse Médicale*, 3 mai 1930).

Mouvements involontaires de la main gauche; hypersthésie au pincement; synesthésalgie; réaction thermique à la douleur dans un cas de lésion bulbospinale (vraisemblablement syringomyélie avec syringobulbie).

